



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça Nossa Senhora do Líbano, 46 - CENTRO -- JOÃO NEIVA - ES - CEP: 29680-000
TEL.: (27) 3258-4759 – FAX.: (27) 3258-4757 – CNPJ: 10.585.650/0001-08

ANEXO I

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2014 de 02/10/2014

- 1) COLOCAR TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS NO EDITAL DENTRO DO ENVELOPE;
- 2) LACRAR O ENVELOPE, UTILIZANDO O GRAMPEADOR;
- 3) PREENCHER TODO O REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (INCLUSIVE COMPROVANTE DO CANDIDATO) E GRAMPEÁ-LO NA PARTE EXTERNA DO ENVELOPE;
- 4) ASSINAR O REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO;
- 5) ESCREVER NO ENVELOPE: NOME COMPLETO À CANETA.

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO

O abaixo assinado vem requerer à Prefeitura Municipal de João Neiva sua inscrição no Processo Seletivo Simplificado n.º 02/2014 de 02/10/2014 para o cargo especificado abaixo, declarando, ao assinar este requerimento de inscrição, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, atestando a veracidade dos documentos entregues e estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital que regulamenta este Processo Seletivo Simplificado. Declara que aceita e atende todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função, comprometendo-se à sua devida comprovação, quando exigida, sob pena de não o fazendo, tornar-se insubsistente sua inscrição.

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
 ENDEREÇO: _____ N.º _____
 BAIRRO: _____ CIDADE _____ UF: _____
 CEP: _____ CELULAR: _____ TEL. RESIDENCIAL: _____
 TEL. PARA RECADO: _____ E-MAIL: _____

DADOS DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N.º 02/2014 de 02/10/2014

CARGO PLEITEADO:

- () Auxiliar de Odontologia
- () Técnico em Enfermagem
- () Nutricionista
- () Enfermeiro
- () Cirurgião Dentista
- () Psicólogo
- () Assistente Social
- () Terapeuta Ocupacional
- () Fisioterapeuta
- () Profissional de Educação Física
- () Farmacêutico Bioquímico.

() Desejo me inscrever como **CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA** e declaro que estou ciente das determinações do item 3 contidos no Edital do Processo Seletivo Simplificado n.º 02/2014 de 02/10/2014.

João Neiva – ES, ____/10/2014

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO SERVIDOR DA PMJN/SEMSA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Nossa Sra. do Líbano, 46 - CENTRO – JOÃO NEIVA – ES - CEP: 29680-000
TEL.: (27) 3258-4759 – FAX.: (27) 3258-4757 – CNPJ: 10.585.650/0001-08

**Processo Seletivo Simplificado
n.º 02/2014 de 02/10/2014
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO**

NOME: _____
 CARGO: _____ DATA: ____/10/2014

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO SERVIDOR DA PMJN/SEMSA